

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PÉRITONITES GÉNÉRALISÉES
PAR RUPTURE DES PYOSALPINX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Novembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri GONSOLIN

Né le 19 Février 1881, à Lamure (Rhône)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1908



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PÉRITONITES GÉNÉRALISÉES
PAR RUPTURE DES PYOSALPINX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Novembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri GONSOLIN

Né le 19 Février 1881, à Lamure (Rhône)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE
	TEISSIER
Cliniques chirurgicales	BARD
	PONCET
Clinique obstétricale et Accouchements	JABOULAY
Clinique ophtalmologique	FABRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	ROLLET
Clinique des maladies mentales	NICOLAS
Clinique des maladies des enfants	PIERRET
Clinique des maladies des femmes	WEILL
Physique médicale	POLLOSSON (A.)
Chimie médicale et pharmaceutique	X...
Chimie organique et Toxicologie	HUGOUNENQ
Matière médicale et Botanique	CAZENEUVE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BEAUVISAGE
Anatomie	GUIART
Anatomie générale et Histologie	TESTUT
Physiologie	RENAUT
Pathologie interne	MORAT
Pathologie et Thérapeutique générales	ROQUE
Anatomie pathologique	COLLET
Médecine opératoire	PAVIOT
Médecine expérimentale et comparée	POLLOSSON (M.)
Médecine légale	ARLOING
Hygiène	LACASSAGNE
Thérapeutique	COURMONT (J.)
Pharmacologie	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET.	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	PATEL	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	J. LEPINE	VORON
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	NOGIER
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	MOUNEYRAT
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	LATARGET, ch.
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE		BÉRIEL, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, *Président* ; VILLARD, *Assesseur* ;
MM. TIXIER et GAYET, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A mon Président de Thèse :

M. LE PROFESSEUR A. PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Lyon.

M. le Professeur Poncet a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il permette à l'élève qui suit depuis plusieurs années avec un intérêt toujours croissant ses admirables leçons cliniques, de lui offrir l'humble témoignage de sa profonde admiration.

A tous nos Maîtres de l'Hôpital et de la Faculté, à M. le Professeur agrégé Villard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à M. Cade, médecin des Hôpitaux, nous sommes heureux d'exprimer, avec nos remerciements pour leur Enseignement, l'expression de notre vive gratitude.

MM. A. Chalié et Thevenet, internes des Hôpitaux, nous ont donné, l'un l'idée directrice de ce travail et ses premiers éléments; l'autre, l'appoint précieux de son expérience, pour sa rédaction; nous les remercions de leur bienveillant concours.

Il nous est bien doux de dédier ce modeste essai : à notre père, à notre bonne mère qui n'ont eu pour nous qu'une pensée, qu'un souci : en même temps que nous rendre l'existence aussi douce qu'il leur était permis, nous donner l'amour du travail, nous y encourager; à l'épouse si aimante et si dévouée qui partage nos joies et nos peines; à notre chère sœur, à la bonne marraine qui fut pour nous une seconde mère, à nos

beaux-parents, à tous nos parents, à tous ceux qui nous ont aimé, aidé ou se sont intéressés à nous.

Nous leur demandons de grand cœur de bien vouloir nous conserver l'affection, l'estime et l'amitié qu'ils n'ont cessé de nous témoigner jusqu'à ce jour.

C'est dans cette assurance que nous trouverons un précieux encouragement pour l'avenir et une source féconde d'énergie qui nous aidera à faire tout notre devoir, à toujours être loyal, compatissant et bon dans l'exercice de notre belle et noble profession.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PÉRITONITES GÉNÉRALISÉES
PAR RUPTURE DES PYOSALPINX

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

A l'occasion de plusieurs cas de rupture de pyosalpinx, rompus dans le péritoine, et ayant déterminé des péritonites généralisées. M. Delore a bien voulu nous charger de rechercher les faits analogues publiés dans la littérature médicale. Nous avons été surpris de pouvoir recueillir un aussi grand nombre d'observations, car les accidents que nous recherchions sont considérés comme rares par la majorité des gynécologues.

La plupart de nos observations sont des observations anciennes, bon nombre ont été recueillies dans le traité de Lawson-Tait, déjà vieux d'une vingtaine d'années. Les auteurs français anciens, Bernütz surtout, parlent assez longuement de ces accidents et en rapportent quelques observations. Plus récemment Pozzi, consacre dans son traité quelques lignes à ces

accidents. Il les considère comme d'une grande rareté et, à ce titre, ne s'y arrête pas. « On a cité, dit-il, quelques faits de mort rapide par ouverture de l'abcès dans le péritoine ; ils sont très rares, car des fausses membranes se superposent pour circonscrire le foyer. » Et plus loin il écrit : « Il peut se faire des ruptures complètes (d'une poche salpingienne), s'il s'agit d'un kyste séreux ou hématique, les accidents peuvent être relativement légers (comme dans le cas de rupture d'un kyste de l'ovaire). Mais si c'est un pyosalpinx les accidents sont souvent mortels. Le médecin légiste doit être averti de la possibilité de ces morts rapides qui peuvent emporter des femmes dont la santé était en apparence à peine ébranlée. »

Le nombre d'observations que nous avons trouvées nous permet de considérer ces accidents comme relativement plus fréquents, et bon nombre de péritonites, de cause inconnue, ne reconnaissent peut-être pas d'autre origine. Lawson Tait exagérerait sans doute en écrivant que 50 pour 100 des femmes atteintes de salpingite étaient susceptibles de mourir rapidement. Les femmes atteintes de salpingite chronique, vivent « comme si elles étaient sur une poudrière. » Un coup de froid, un excès dans les rapports sexuels, quelque surmenage ou fatigue plus grande au moment des règles ; en un mot un des mille accidents auxquels une femme est continuellement exposée la menace subitement des plus graves dangers. Les Dr Kingston Fowler et Lewers font mention de ces cas de péritonites mystérieuses, soi-disant idiopathiques, survenant quelquefois pendant les suites de couches et qui sont

le plus souvent envisagées comme des péritonites puerpérales. Si le public médical pouvait se rendre un compte exact de la fréquence de ces cas, nous pourrions sauver un grand nombre de ces femmes, par une simple section abdominale. »

Cette opinion est certainement exagérée et P. Delbet n'a trouvé que 40 observations de pyosalpinx rompus dans le péritoine. Il est vrai qu'il fait rentrer dans ce cadre bon nombre de cas où le pus avait fait irruption dans le péritoine par l'ostium abdominale. Dans ces cas il n'y a pas à proprement parler rupture de la trompe, mais les franges du pavillon, jusque-là agglutinées par l'inflammation se sont désunies pour donner issue au liquide septique. Pour nous, nous n'avons retenu que les cas où il y avait une rupture vraie de la paroi tubaire.

Ajoutons d'autre part que de nos jours, ces ruptures sont devenues beaucoup moins fréquentes parce qu'on connaît mieux les inflammations du petit bassin chez la femme et surtout parce qu'on opère beaucoup plus. Le chaud plaidoyer de Lawson-Tait en faveur de la laparotomie a porté ses fruits et maintenant on n'hésite plus à enlever une trompe définitivement perdue au point de vue fonctionnel, lorsque cet organe devient douloureux et dangereux. C'est là la cause de la rareté actuelle de ces accidents.

Nous n'avons recherché que les cas de pyosalpinx rompus, laissant de côté les observations de péritonites dues à des abcès de l'ovaire ou à des abcès enkystés du péritoine pelvien. De plus nous ne nous occupons dans cette thèse que des kystes pu-

rulents de la trompe, sans parler des kystes séreux ou hématiques. Ces deux variétés de kystes, lorsqu'ils inondent le péritoine ne donnent ordinairement que des troubles passagers sans grande gravité. Le plus souvent les accidents se passent comme dans le cas d'un kyste de l'ovaire rompu, avec des signes de gravité moindre. D'ailleurs le contenu de ces kystes est assez souvent stérile, en tout cas toujours peu virulent.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomique on doit se poser une première question. Quel est le volume des abcès qui se rompent ? Chose surprenante à première vue et que nous nous expliquerons mieux lorsque nous étudierons le mécanisme de la rupture, ce sont presque toujours des abcès de petit volume. Les dimensions de la cavité sont comparées à celles d'une noix, d'une mandarine, d'une orange au maximum. Nous sommes loin de ces gros abcès pelviens, d'origine annexielle, comblant le petit bassin.

Ces abcès sont de petit volume, et gênent très peu la malade, car le plus souvent l'accident se produit chez une femme en bonne santé apparente, atteinte d'une salpingite déjà ancienne et qui ne se manifeste plus guère que par de la dysmenorrhée.

La rupture siège le plus souvent sur la portion externe de la trompe, au niveau de l'ampoule. Ce point est d'ailleurs le siège d'élection des collections salpingiennes. Dans des cas rares, elle a siégé dans la portion interne de la trompe.

La perforation est ordinairement unique, sauf dans une observation où la trompe présentait plusieurs petites

cavités purulentes et où deux de ces cavités s'étaient ouvertes. Dans aucune, nous n'avons trouvé d'exemple de perforation siégeant à la fois sur les deux trompes.

La perforation est presque toujours de petit volume ; ses dimensions sont comparées à celles d'une tête d'épingle, d'une lentille. Plus rarement elles atteignent la dimension d'une pièce de 50 centimes, ou de 5 francs, comme dans une de nos observations. Les parois de la trompe, autour de la perforation, sont généralement noirâtres, d'aspect gangreneux.

La forme de la perforation est arrondie rarement à bords irréguliers, comme dans une rupture par éclatement. Dans les observations de M. Delore, publiées par MM. Cotte et Chalier, les lésions sont plus marquées sur les tuniques internes de la trompe que sur les tuniques externes, de sorte que la perte de substance affecte une disposition infundibuliforme, comme dans l'ulcère de l'estomac. Il s'agit bien d'une véritable perte de substance due à un processus gangreneux et non d'une rupture de l'organe. De plus cette disposition montre que les lésions ont une marche excentrique. Le péritoine n'étant pas irrité, ne réagit pas en faisant des adhérences et lorsque la perforation se produit, elle se fait en pleine cavité péritonéale, d'où leur danger. Nous verrons plus loin que c'est la disposition anatomique de ces lésions qui nous expliquera le mécanisme de ces ruptures ou mieux de ces perforations.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le pus de ces abcès semble très virulent, car le pronostic de la perforation d'une trompe est extrêmement grave. On

sait, en effet, que d'une façon générale le pus des salpingites chroniques, ne s'accompagnant pas de température, est d'une virulence atténuée ; on a même cité des cas où ce pus était stérile. Cependant, dans nos observations on voit que des femmes atteintes de salpingite chronique, et présentant peu de troubles fonctionnels, meurent rapidement. Peut-être faut-il voir dans le processus gangreneux qui détruit les tuniques de la trompe, une malignité spéciale.

Causes de la rupture.

On pourrait presque dire que la rupture est spontanée. En tout cas, lorsqu'elle ne l'est pas, la cause occasionnelle est minime : C'est une jeune femme qui veut soulever un enfant. D'autres fois la rupture se produit à la suite d'un examen médical, d'une purgation. Le plus souvent on note un simple effort, un traumatisme léger sur l'abdomen, une quinte de toux.. La rupture peut encore avoir lieu à la suite de manœuvres sur l'utérus, abaissement de ce dernier avec une pince de Museux, cautérisation du col, application d'un pessaire. Mais ces cas sont l'exception. Plus nette est l'influence de l'accouchement. Il semble que dans le plus grand nombre des cas la rupture se soit produite dans les deux ou trois premiers jour qui ont suivi l'accouchement. Lawson-Tait insiste sur ce fait et déclare que beaucoup de péritonites dites puerpérales ne reconnaissent pas d'autre cause.

CHAPITRE III

MÉCANISME DE LA RUPTURE

Par quel mécanisme se fait cette rupture ? Plusieurs théories se trouvent en présence. Assez souvent on a admis, comme cause de la rupture, que la trompe surdistendue par l'accumulation du liquide dans son intérieur, éclate à la manière d'un ballon trop rempli.

Pour P. Delbet on devrait invoquer une autre pathogénie. « Il est bien vrai que sur le cadavre, la trompe ne se laisse pas distendre et qu'elle se rompt sous l'influence des injections poussées dans son intérieur sans dépasser le volume d'un crayon. Cette rupture se produit assez aisément lorsqu'on injecte un liquide chaud, gélatine ou suif, qui altère la paroi ; au contraire lorsqu'on injecte de l'eau froide, il faut un effort assez considérable pour amener la rupture, et celle-ci se produit toujours en bas, là où la trompe n'est pas revêtue de péritoine, de sorte que le liquide injecté s'épanche entre les deux lames du mésosalpinx. »

Mais ces faits ne sont d'aucun secours pour expliquer la rupture pathologique qui se fait dans le péritoine, d'abord, parce que jamais les ruptures expérimentales ne se font du côté de la séreuse, ensuite et surtout parce que l'accumulation de liquide qui se produit

dans une trompe sous l'influence de la maladie n'est en rien comparable à celle que l'on produit par une injection brutale. Dans les cas de salpingite, les modifications de la paroi sont les premières en date, et le liquide n'est que le produit de cette paroi altérée ; l'épanchement et la transformation de la paroi marchent d'un pas égal, et on ne conçoit guère comment la tension du contenu, pourrait arriver à faire éclater le contenant, dont il n'est que le produit. Le contenu ne peut être que du sang, de la sérosité ou du pus. Le sang est d'ordinaire versé par de petits vaisseaux presque capillaires ; mais supposons qu'il vienne d'une artériole assez volumineuse, il ne pourra jamais dépasser ni même atteindre la pression qu'on trouve dans les grosses artères, 12 à 15 centimètres de mercure, et cette pression est insuffisante pour amener l'éclatement de la trompe ; à plus forte raison en sera-t-il de même pour la sérosité et le pus. On pourrait être tenté de croire que, si la pression du liquide épanché n'est pas suffisante pour produire l'éclatement, les contractions de la trompe pourraient momentanément l'élever assez pour produire ce résultat. Mais il ne faut pas oublier que l'augmentation des fibres musculaires n'a été constatée que dans des cas exceptionnels, que jamais on ne l'a signalée dans les salpingites terminées par la rupture, jamais même dans les salpingites un peu volumineuses, qui sont seules exposées à se rompre. On pourrait encore penser que si l'augmentation de pression est insuffisante pour produire la rupture de la trompe, elle serait cependant capable d'amener le décollement des franges du pavillon mal réunies. Mais il est tout à fait exceptionnel

que la solution de continuité se trouve au niveau du pavillon. Sur 30 cas où le siège de l'ouverture est spécifié, 5 fois seulement elle occupait le pavillon, sur ces 5 cas, 2 fois il s'agissait de salpingites aiguës ou l'oblitération n'avait même pas eu le temps de se produire.

Du reste, la difficulté de comprendre comment la tension pourrait atteindre un degré suffisant pour amener la rupture, n'est pas le seul argument qu'on puisse opposer à cette théorie. En voici un autre dont l'importance est capitale. C'est que les salpingites peuvent se rompre dans le péritoine, même lorsqu'elles communiquent avec l'utérus, même lorsqu'elles se sont déjà spontanément ouvertes.

Par quels mécanismes se produisent donc les ruptures des salpingites dans le péritoine ? Il y en a deux qui peuvent s'associer l'un à l'autre. Ce sont les altérations de la paroi et les adhérences. Les altérations de la paroi consistent soit en ulcérations véritables, soit en troubles trophiques qui amènent un amincissement et un affaiblissement local, sans qu'il y ait d'ulcération, à proprement parler. Ces amincissements de la paroi sont fréquents dans les grosses salpingites.

Les adhérences jouent aussi, dans certains cas exceptionnels un rôle, en immobilisant un organe, ordinairement mobile. C'est ainsi que dans le cas de Mermann, cet auteur voulut abaisser l'utérus avec des pinces de Museux. Les trompes fixées par des adhérences ne purent céder à ce mouvement et se rompirent.

Nous nous rangeons entièrement à l'opinion de P. Delbet. Il est difficile d'admettre des causes pure-

ment mécaniques pour expliquer la rupture des trompes. Les trompes résistent à des distensions énormes lorsqu'elles y sont soumises lentement, comme il arrive dans le cas de pyosalpinx, et les résultats expérimentaux ne sauraient être comparés aux distensions pathologiques qui mettent plusieurs mois ou même plusieurs années à se produire. D'ailleurs, dans nos observations, il est facile de voir que l'on se trouve en présence d'une perforation de la trompe et non d'un éclatement de cet organe. Il y a une véritable perte de substance de l'organe et non une déchirure. Dans les observations rapportées par MM. Cotte et Chalier, la perte de substance est comparée à celle que l'on a dans l'ulcère de l'estomac. Elle affecte une forme en cratère, en entonnoir, le sommet de l'entonnoir répondant à la surface péritonéale.

Cette disposition anatomique fournit un gros appui à notre théorie. Si la rupture de la trompe était due à une surdistension de l'organe, les lésions seraient plus étendues sur le revêtement péritonéal de l'organe qu'au niveau de ses propres tuniques. Au contraire, on trouve la disposition inverse. Il s'agit donc d'un processus ulcératif qui se poursuit au niveau des tuniques muco-musculaires de la trompe. Il se produit une gangrène à marche excentrique. Le péritoine n'est atteint qu'en dernier lieu. Lorsqu'il ne reste plus qu'un faible revêtement péritonéal pour limiter l'abcès, la collection se rompt à l'occasion d'une cause minime, un effort, une quinte de toux, ou même sans cause. Cette marche des lésions est funeste, car le péritoine étant atteint en dernier lieu, n'a pas le temps de faire des adhérences

et l'abcès se rompt dans la grande cavité péritonéale. Reconnaissons que ce n'est pas là le mode d'évolution ordinaire des collections tubaires, et que lorsqu'elles franchissent les parois tubaires, de solides barrières péritonéales se sont déjà édifiées. Nous dirons donc que les *ruptures intra-péritonéales des abcès tubaires sont ordinairement le résultat d'un processus gangréneux anormal et non de la surdistension des parois de l'abcès.*

Cette pathogénie ne peut sans doute pas être étendue à tous les cas. C'est ainsi que nous rapportons un certain nombre d'observations de ruptures de collections salpingiennes après l'accouchement. L'accouchement doit sans doute jouer un rôle mécanique dans le mécanisme de ces ruptures, en tout cas c'est, d'après Kingston Fowler, Lewers, Lawson Tait, une cause prédisposante de première importance. Kingston Fowler, en trois ans, à l'hôpital de Middlesex, a trouvé 15 cas de pyosalpingites dont 8 ont entraîné la mort par péritonite, en se rompant dans le péritoine. A la lecture des observations on voit que presque toujours les signes de péritonite ont éclaté dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'accouchement.

La rupture ne semble se faire presque jamais au moment du travail. Elle se fait plus tard, lorsque l'utérus revient sur lui-même ou pendant l'involution utérine. Pendant la grossesse, les trompes se sont élevées avec l'utérus. Elles se sont sans doute fixées dans une situation anormalement élevée, et lorsque l'utérus revient rapidement sur lui-même, les adhérences n'ont pas une élasticité suffisante pour permettre aux trompes

de suivre la matrice, et il se produit une rupture. Cette explication cadre bien, croyons-nous, avec ce fait que les signes de rupture du pyosalpinx ne se manifestent qu'après l'accouchement. En tout cas nous croyons pouvoir affirmer que la rupture ne se fait pas au moment du travail.

CHAPITRE IV

SIGNES

On trouve peu de chose de noté, comme signe de la rupture du pyosalpinx, aussi serons-nous bref sur ce chapitre. Il semble cependant, d'après la lecture des observations et l'évolution des accidents que l'on doit distinguer deux formes, une forme suraiguë, rapidement mortelle et une forme aiguë, susceptible de guérir. Nous décrirons d'abord les signes qui annoncent la perforation de la trompe.

Le plus souvent il s'agit d'une femme qui a eu quelques mois auparavant une gonorrhée, accompagnée d'une salpingite aiguë. Puis, sous l'influence du traitement, tout est rentré à peu près dans l'ordre. La maladie peut ainsi sommeiller pendant des mois et même quelquefois des années. La malade vit dans un état de santé suffisant ; elle a gardé de sa maladie ancienne seulement des règles un peu plus prolongées, plus abondantes, constituant quelquefois de petites pertes. Les époques cataméniales sont marquées par des douleurs ; elles indiquent que l'état congestif de la trompe produit par la menstruation provoque un retour à l'état aigu du travail inflammatoire intra-pelvien, poussée souvent assez légère pour n'être plus sensible au bout de quelques jours.

C'est dans cet état de santé relativement bon que les accidents éclatent. A l'occasion d'une menstruation, d'un effort, d'une secousse de toux, et il faut le dire, le plus souvent sans cause, la femme éprouve dans le ventre une douleur brusque, vive, terrible « un coup de poignard », disent certaines malades. D'autre fois cette douleur brusque, intense, éclate après un cathétérisme, une cautérisation (Aron).

Cette douleur prend d'emblée un caractère angoissant, syncopal, la malade tombe dans une prostration rapide et profonde. D'après Mann cette allure de la douleur serait caractéristique. D'abord localisée dans le bas-ventre ou dans une fosse iliaque elle s'étend rapidement à la région ombilicale et à tout l'abdomen. Elle va en gardant son caractère d'acuité, et ne laisse à la malade, ni trêve, ni repos. Le sommeil est impossible. L'abattement très profond. Bref on a au bout de quelques heures la même douleur que dans les péritonites généralisées. Retenons simplement, comme caractéristique, le caractère angoissant, syncopal du début et la prostration rapide.

Les signes physiques sont ceux d'une perforation. Tout au début, dans une fosse iliaque ou dans le petit bassin on a un ventre dur, rétracté, le ventre de bois.

La palpation à ce niveau est impossible à cause de la contracture musculaire. Au début, le siège de cette contracture peut servir à déterminer le point de la perforation. Puis ces signes se diffusent, bientôt tout le ventre est contracturé et douloureux.

La température est très rapidement élevée. Lawson-Tait avait noté cette élévation rapide, mais sans y

insister. Mann pense que l'hyperthermie est plus marquée dans cette variété de péritonite par perforation et en fait un caractère spécifique. Puis avec les progrès de la maladie on voit l'hyperthermie diminuer et la malade emportée dans l'algidité.

Le facies s'altère dès les premières heures qui suivent l'accident. Le regard est brillant, angoissé, inquiet, les yeux cernés, les narines pincées.

Puis suivant l'évolution de la maladie, ou bien ces signes s'amendent, ou bien l'on voit apparaître les symptômes de péritonite généralisée : nausée, vomissements, hoquet, dyspnée. Le poul va en s'accélérant et en diminuant de force.

Tels sont les signes de début dans les formes ordinaires de la péritonite par rupture des pyoxsalpinx. Cependant il faut peut-être ranger à part celles qui surviennent après l'accouchement. Dans ces cas, en effet, le début semble plus insidieux. La douleur vive, en coup de poignard manque le plus souvent. On est en présence d'une femme, qui, après avoir présenté cette période de calme et de bien-être relatif que l'on observe après la terminaison du travail, se met de nouveau à souffrir. Le ventre devient douloureux, la température s'élève, des vomissements apparaissent, le poul s'accélère, la malade est prostrée et tous ces signes vont en augmentant. Mais ici, les auteurs ont noté le plus souvent que l'on se trouvait en présence d'un ventre dépressible et mou, bien que douloureux. En somme, il faut peut-être tracer un tableau clinique un peu spécial lorsqu'on se trouve en présence d'une accouchée. Les signes

locaux sont plus estompés, moins dramatiques; ce sont les signes généraux qui dominent la scène et jettent l'alarme.

Telle est l'allure générale de la maladie au début, mais elle peut évoluer de diverses façons.

On peut voir l'affection prendre une allure si rapide, que les signes généraux de la péritonite ont à peine le temps de s'affirmer. La mort survient en deux ou trois jours. D'autres fois l'évolution est plus longue et la terminaison fatale ne survient qu'au bout d'une huitaine de jours. C'est cette forme qui est susceptible de guérison, soit spontanée, soit chirurgicale. On peut ainsi distinguer deux formes : une forme suraiguë, mortelle en quelques heures, et une forme aiguë qui évolue plus lentement,

Forme suraiguë. — C'est la mort rapide qui survient au bout de deux ou trois jours. L'abdomen est d'abord rétracté dans sa partie inférieure, dur, d'une hyperesthésie extrême. Rapidement cette douleur et cette résistance de la paroi s'étendent au reste du ventre. Le ballonnement survient bientôt, remplaçant la rétraction de la paroi. Les symptômes généraux sont extrêmement graves dès le début. Les signes de shock péritonéal au lieu de s'amender vont en s'aggravant. La prostration est extrême, l'algidité rapide. Le pouls en quelques heures s'élève à 100, 120, et devient rapidement incomptable, sa faiblesse est extrême.

Forme aiguë. — Après la période de début, on peut voir les signes généraux s'atténuer. Le pouls, environ à 100, 120, reprend bientôt un peu de force. La température reste élevée, mais atteint rarement 40 degrés. La

douleur du début qui s'était tout d'abord généralisée à tout l'abdomen finit par se localiser à la partie sous-ombilicale du ventre. Le reste de l'abdomen cesse d'être douloureux. Toute la partie sous-ombilicale reste le siège d'une douleur spontanée et provoquée par le palper. Il se produit de la voussure abdominale à ce niveau. On assiste à la formation d'une péritonite enkystée. Dans la forme suraiguë on est en présence d'une septicémie puerpérale ; dans cette forme on assiste à une péritonite susceptible de se limiter. Des adhérences ont le temps de se former, soit que le pus soit moins septique, soit que la malade soit plus résistante ou qu'un travail inflammatoire antérieur ait favorisé le cloisonnement péritonéal. Dans les jours qui suivent, si la mort ne survient pas du fait de l'infection péritonéale, on voit se former une collection pelvienne. A ce moment tout danger immédiat est conjuré et la malade pourra être sauvée à coup sûr par le chirurgien. Nous n'avons plus à décrire les signes de cet abcès qui sont ceux d'un abcès pelvien.

Toucher. — Parmi les signes, nous avons omis de décrire les signes fournis par le toucher, pour les réunir en un seul paragraphe. Le plus souvent, avons-nous dit, on se trouve en présence d'une femme qui a une salpingite ancienne peu douloureuse et bien tolérable. C'est dire que les signes vaginaux seront peu alarmants. Par le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, on trouvera un utérus en rétroversion, fixé par des adérences. Le fond sera douloureux, les tentatives de mobilisation de la matrice éveilleront une vive douleur. Les culs-de-sac auront perdu leur sou-

plesse ordinaire et on sentira de petits brides à travers la muqueuse vaginale. Le Douglas sera comblé par le fond utérin et cloisonné par des brides. Latéralement on sentira les annexes généralement agglutinées, douloureuses, avec une collection de petit volume. Les signes sont ordinairement plus marqués d'un côté que de l'autre, mais presque toujours la salpingite est bilatérale. Le toucher en fourchette (toucher vaginal et rectal combinés) confirmeront les signes précédents, en montrant surtout les lésions du Douglas.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif sera souvent difficile. Cette douleur brusque, poignante, syncopale, accompagnée de rétraction de la paroi et de signes généraux d'émblée très graves éveilleront immédiatement l'idée d'une perforation péritonéale. Quels sont les signes qui nous permettront de localiser cette perforation ? C'est d'abord le siège bas, sous-ombilical ou iliaque du début de la douleur. Ce sont les antécédents génitaux, la notion d'une gonorrhée ancienne et d'une salpingite aiguë devenue chronique, la notion d'un accouchement accompagné de fièvre et de pertes blanches pendant un certain temps. Le toucher vaginal en montrant les lésions annexielles serviront à localiser le siège de l'affection. Ilâtons-nous d'ajouter que ce diagnostic positif est souvent difficile, pour ne pas dire impossible, si l'on se trouve en présence d'une femme que l'on voit pour la première fois. Les lésions génitales semblent souvent banales et l'on est bien plus porté à songer à une appendicite par exemple : d'autant plus que cette affection est beaucoup plus fréquente,

Le diagnostic différentiel sera surtout à faire avec l'appendicite, la rupture tubaire pour grossesse extra-

utérine, la perforation intestinale, dans certains cas même on pourra songer à la cholécystite perforante.

La confusion avec l'*appendicite gangréneuse* est difficile à éviter et nous avons vu que Mann, bien qu'ayant l'attention attirée sur la rupture des pyosalpinx, a fait la confusion.

Le diagnostic sera plus facile lorsque la douleur siègera à gauche. Dans le cas de douleur à droite, il faudra se baser sur le siège exact de son début au point de Mac-Burney et, sur les antécédents appendiculaires ou digestifs. Le toucher montrera l'absence des lésions annexielles.

Le diagnostic avec la *rupture d'une grossesse tubaire* se basera sur ce fait qu'une femme atteinte de salpingite devient rarement enceinte. En tout cas, dans l'inondation péritonéale, ce sont toujours les signes généraux qui dominent la scène, mais ils sont bien différents de ceux de la rupture d'un pyosalpinx. Dans l'inondation péritonéale, on est en présence d'une femme pâle, exsangue, qui donne l'impression d'une malade saignée à blanc. Elle est abattue, faible, mais non prostrée comme dans la péritonite, le shock péritonéal est moins intense. Le pouls est accéléré, faible, mais *la température est basse*, il n'y a pas hyperthermie. Au toucher vaginal, tout au début, on ne sent ordinairement rien ; l'utérus, au contraire de ce que l'on trouve dans les salpingites, a une mobilité anormale. Enfin, dans les ruptures tubaires, les signes péritonéaux moins marqués que dans la péritonite s'atténuent rapidement sous l'influence de la glace et du repos absolu.

Plus exceptionnellement on pourra songer à une *per-*

foration de la vésicule biliaire. Ces cas ne se produisent généralement que chez des lithiasiques anciens qui attirèrent bien vite l'attention sur leur passé hépatique. D'ailleurs le siège élevé du début de la douleur, l'ictère, la température, ne laissent pas longtemps dans le doute.

La *perforation intestinale* d'origine tuberculeuse ou typhique pourra induire en erreur. La perforation d'origine tuberculeuse est assez rare, et les troubles intestinaux d'allure clinique, les antécédents du malade, les lésions de ses autres organes permettront de rattacher la perforation à sa véritable cause.

Si l'on se trouve en présence d'une typhoïde à forme ambulatoire, le diagnostic sera difficile. Ce n'est que par l'examen de la rate, les troubles digestifs, la température, que l'on pourra faire le diagnostic. D'ailleurs en présence de ces cas, on est souvent obligé de se contenter de porter le diagnostic de péritonite généralisée par perforation.

Bref, pour le médecin non averti des lésions génitales, le diagnostic de péritonite par rupture d'un pyosalpinx sera toujours difficile.

Le diagnostic devra dans certains cas être fait avec la *péritonite d'origine puerpérale*. Lawson-Tait y insiste beaucoup, mais sans fournir les éléments de ce diagnostic. Il est certainement difficile de distinguer une péritonite puerpérale d'une péritonite par rupture de pyosalpinx, après un accouchement. Cependant on pourra songer à cette dernière étiologie en présence d'une femme ayant souffert de douleurs pelviennes pendant la grossesse ayant un passé de salpingite et

qui présentera après son accouchement une douleur brusque, vive, localisée à la partie inférieure de l'abdomen. Cette douleur brusque bientôt suivie des signes de péritonite orientera le diagnostic, d'autant plus que cette affection débute beaucoup plus tôt que la péritonite puerpérale et ne s'accompagne pas d'écoulement purulent par l'utérus, ni des signes d'infection utérine.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC. — TRAITEMENT

Pronostic.

Il est à peine besoin de faire ressortir la gravité du pronostic. Abandonnée à elle-même l'affection a un dénouement fatal dans la forme suraiguë. La mort peut survenir dans les quarante-huit heures. Dans la forme aiguë, on a vu que l'affection avait une tendance à la localisation ; la mort, lorsqu'elle survient, se produit au bout de cinq ou six jours au plus. La maladie aboutit à la formation d'un ou plusieurs abcès péritonéaux. Si ces abcès ne sont pas drainés, la mort survient presque fatalement.

Si l'on intervient chirurgicalement le pronostic reste grave. Dans la forme suraiguë la mortalité est énorme, d'ailleurs nous voyons que dans la majorité des cas les chirurgiens sont tellement impressionnés par la gravité de l'état général, qu'ils renoncent à faire une opération complète, à faire une castration totale ou uni-latérale et qu'ils se contentent d'un minimum, c'est-à-dire d'un drainage abdomino-vaginal avec une ou plusieurs incisions iliaques.

Lawson-Tait ne donne pas de statistiques opéra-

toires, il se contente de rapporter quelques cas peu nombreux où l'opération fut suivie de succès.

Sur les cinq cas rapportés par MM. Cotte et Chalier, l'opération fut tentée quatre fois, une seule malade guérit, et dans ce cas il s'agissait d'une forme aiguë, avec tendance à localisation puisque la malade ne fut opérée que six jours après le début des accidents.

Mann rapporte douze cas opérés : sur ce nombre, il y eut huit succès, et deux morts post-opératoires. Dans deux cas la cause véritable de la péritonite ne fut reconnue qu'après la mort. Il ajoute quatre cas personnels avec 3 succès opératoires. Cette statistique est encourageante, mais cependant l'auteur la considère avec raison comme trop favorable et ajoute que si les interventions étaient plus nombreuses, la statistique serait sans doute moins bonne.

Il est permis de supposer que les résultats opératoires deviendront meilleurs avec les années, car la technique abdominale s'est considérablement améliorée. Pour avoir des résultats sur lesquels on puisse établir une base sérieuse, il faudrait une statistique portant sur des années récentes et ne comprenant que des cas opérés de bonne heure.

Traitement.

Le traitement doit être préventif en évitant toute manœuvre sur un utérus accompagné d'une collection annexielle. On a vu la mort survenir à la suite d'un abaissement de l'utérus, d'une dilatation du col. (Aran) d'une cautérisation, de l'application d'un pessaire. Il

faudra examiner ces femmes avec douceur, car on a observé plusieurs cas de rupture de pyosalpinx à la suite d'un toucher.

Le traitement préventif consistera aussi dans l'évacuation ou l'ablation des collections annexielles. Lawson-Tait à un époque où la chirurgie gynécologique était encore hésitante, regrettait la mort de nombreuses femmes perdues par la timidité des chirurgiens qui n'osaient intervenir. Aujourd'hui, nous sommes plus interventionnistes, les collections tubaires sont drainées ou évacuées et les péritonites dues aux pyoxsalpinx deviennent plus rares. L'opération consistera le plus souvent en une castration totale ; si la trompe du côté opposé au pyoxsalpinx est à peu près indemne, on pourra se contenter d'une castration unilatérale. Cette méthode conservatrice mettra la malade à l'abri des ennuis causés par la castration chez les femmes jeunes, et leur conservera quelque chance de fécondation.

Le traitement curatif au point de vue théorique n'est pas discutable. C'est l'opération formelle, aussi hâtive que possible ; on aura d'autant plus de chances de succès que l'on opérera à une époque plus rapprochée de l'accident. On devra théoriquement faire une opération complète, c'est-à-dire, enlever la trompe malade. Pour mieux assurer le drainage, l'hystérectomie, sera souvent indiquée. Dans tous les cas on devra faire un drainage abdomino-vaginal, avec une ou plusieurs incisions iliaques, suivant les cas.

En pratique l'état de shock est tellement grave, l'infection si profonde dans beaucoup de cas, que les chirurgiens craignant une opération de longue durée se

contentent du drainage et du nettoyage péritonéal, sans enlever la poche purulente.

Au cours de l'opération on aura soin d'assécher et de nettoyer aussi bien que possible les anses intestinales et la cavité pelvienne. La méthode de l'aspiration péritonéale facilitera cette besogne, elle a l'avantage d'être plus rapide, plus complète et peut-être moins shockante. Lawson-Tait recommandait le lavage du péritoine, mais cette méthode, employée autrefois, semble aujourd'hui définitivement abandonnée.

S'il se produit ensuite des collections péritonéales, le chirurgien devra les ouvrir.

Dans tous les cas, on devra relever l'état général par des injections de sérum, d'huile camphrée et d'éther. On réchauffera la malade. On combatta la douleur par des applications de glace et des injections de morphine.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Bourdon. Des Tumeurs fluctuantes du petit bassin,
Revue médicale, 1841, p. 38.

Le cinquième jour de l'accouchement, péritonite partielle. Tumeur hypogastrique. Le dix-neuvième jour du début des accidents, péritonite généralisée. Autopsie. Collection purulente interposée à la vessie et à l'utérus. Perforation de cette collection purulente située à sa partie antérieure. Adhérences récentes du péritoine abdominal proprement dit.

Femme âgée de vingt et un ans, cuisinière, d'une bonne santé habituelle ; entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Dr Clunel. Elle dit être accouchée naturellement, il y a une quinzaine de jours, et avoir éprouvé, le cinquième jour de ses couches, sans cause connue, des frissons, de la fièvre et une perte abondante. Bientôt surviennent des douleurs vives dans le ventre, et la malade y découvre une grosseur sensible à la pression.

A l'entrée, le pouls est très faible, il bat à 130. Souffle dans les carotides. Constipation. A la poitrine, dyspnée, toux et râles sibilants. On trouve, dans l'hypogastre, une tumeur douloureuse qui occupe tout le côté droit. Par le toucher, on constate une chaleur vive dans le vagin et on s'assure que le col utérin est très élevé. Les jours suivants, il y a un peu d'amélioration dans les symptômes.

Le quatrième jour, à la visite, la tumeur parut diminuée ; tout à coup, dans l'après-midi, il survint des symptômes de péritonite suraiguë. Le lendemain, les signes s'accroissent, la tumeur est moins saillante, moins volumineuse, mais la douleur du ventre s'étendait à toute sa surface ; elle était extrêmement intense, surtout à droite, vers la fosse iliaque. Pas de selles depuis vingt-quatre heures (vingt-cinq sangsues dans les aines, cataplasmes, bain, huile de ricin). Les accidents allèrent en empirant ; les yeux s'excavèrent....., la malheureuse succomba quarante-huit heures après l'invasion de la péritonite.

A l'autopsie, on trouva le péritoine viscéral d'un blanc laiteux ; le feuillet pariétal présentait une teinte opaline ; l'épiploon, très friable, offrait plusieurs points d'une couleur pourpre. Dans la cavité péritonéale existait un liquide louche, qui ressemblait à du petit-lait mal clarifié. Les intestins agglomérés en masse étaient maintenus en place par l'épiploon, et leurs anses lâchement unies par de faibles adhérences. La membrane muqueuse intestinale était pâle, et les follicules isolés, développés. On examina avec soin la tumeur, qui plongeait dans l'excavation pelvienne, et on reconnut qu'elle la remplissait presque entièrement. Le cæcum et les portions voisines de l'intestin venaient y adhérer. L'épiploon se fixait à sa partie antérieure et, derrière ces adhérences, on apercevait sur la tumeur, une ouverture ovalaire, ayant environ 2 centimètres de longueur. Le pourtour de l'orifice était tapissé par de fausses membranes, et c'est là surtout que les traces de la péritonite étaient prononcées. Cette perforation faisait communiquer la cavité du péritoine avec un abcès du volume d'une grosse pomme. Le foyer tenait environ un verre de pus séreux, tenant en suspension des flocons blanchâtres, et sa face interne était tapissée par une membrane qui représentait bien une membrane pyogénique. Les parois, épaisses de plusieurs millimètres, avaient une structure lardacée, presque cartilagineuse en divers points. La cavité de

l'utérus, pouvant loger une noix, renfermait un peu de sang. La face interne de cet organe est inégale, rugueuse. Les parois étaient épaisses, et l'antérieure se confondait au niveau du col, avec la tumeur, dont elle formait comme la paroi postérieure. La vessie, très pâle à sa face interne, présentait quelques points ecchymotiques. Le tissu cellulaire qui l'environne était infiltré de sérosité, de même que les ovaires. Les autres organes étaient, pour la plupart, anémiés et œdématiés.

OBSERVATION II

(Almagro, *Soc. anatomique*, 1862.)

Femme de trente-trois ans, entre à la Pitié le 18 février 1861. Bonne santé, bien réglée. Il y a huit mois, douleurs abdominales. Le 13 février, douleurs lombaires qui l'obligent à entrer à l'hôpital. Toucher : tuméfaction forte et arrondie autour de l'utérus fixé et enclavé dans le petit bassin. Tumeur dans le cul-de-sac latéral gauche. Morte, le 20 février, avec tous les symptômes de péritonite aiguë. Autopsie : péritonite récente. Rien dans les ligaments larges, ni dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Trompe droite énorme et très distendue, attachée par des adhérences au cul-de-sac postérieur. On ne peut plus distinguer les caractères du pavillon. La dilatation de la trompe se prolonge jusqu'à 3 centimètres de l'utérus : là ce canal a les dimensions normales, son cordon perméable permet d'introduire une soie de sanglier. Ovaire droit sain. Vers le tiers interne de la trompe, déchirure d'1 centimètre de longueur. La trompe gauche, également très distendue, se dirige en dedans et en bas. Elle contient un liquide louche, presque purulent. Elle est perméable, elle admet une soie de sanglier. Nombreuses adhérences péritonéales.

OBSERVATION III

(Depauer, *Monatsch. f. geb.* 1866.)

Cet auteur trouva à l'autopsie d'une femme ayant depuis plusieurs années des poussées intermittentes de péritonite et morte de péritonite, des trompes ayant le volume d'un œuf d'oie, dont l'une présentait une perforation ulcéreuse, large comme un franc.

OBSERVATION IV

(Alban Doran, *Trans. obst. Soc. London*, 1885.)

Malade qui souffrait de métrite chronique et de ménorrhagies abondantes. On constata un kyste dans la région de la trompe gauche. Des symptômes de pelvi-péritonite apparurent, le kyste disparut, puis reparut. Tous les symptômes de péritonite éclatent. On trouva à l'autopsie la trompe gauche dilatée, rompue et adhérente à un ovaire hypertrophié.

OBSERVATION V (Lawson-Tait).

« En 1868, je vis à la consultation externe de Clayton Hospital, une jeune fille qui avait une gonorrhée très intense. Les symptômes vaginaux cédèrent rapidement au traitement prescrit, et après environ trois semaines je perdis de vue cette malade et je ne la retrouvai qu'à l'occasion de son autopsie, que j'eus à faire après qu'elle eût succombé à une fièvre puerpérale. Le péritoine était rempli de pus et je trouvai que tous les organes pelviens étaient réunis et adhérents autour d'une cavité, formant un vaste abcès, à contenu fétide, siégeant sur le côté gauche de l'utérus. J'enlevai cet abcès avec l'utérus et je le conservai dans l'alcool où il resta pendant des années sans attirer

d'avantage mon attention. L'observation de cette malade montrait parfaitement qu'elle était déjà enceinte au moment où elle contracta sa blennorrhagie ou qu'elle le devint par la même occasion. Elle fut accouchée comme malade pauvre chez elle et mourut le neuvième jour après son accouchement.

Au moment de l'autopsie, j'attribuai à ces lésions et à la péritonite une origine simplement puerpérale, mais j'examinai plus tard les pièces avec plus de soin et je constatai alors qu'il s'agissait d'un *kyste tubo-ovarien*, dont la rupture fut la cause de la péritonite à laquelle succomba cette malade. Elle avait eu en somme un pyosalpinx unilatéral d'origine gonorrhéique, qui se rompit pendant l'accouchement et détermina la mort. Ce n'était pas un cas de fièvre puerpérale. »

OBSERVATION VI

(Darolles, *Ann. de gyn.*, 1876.)

Femme, cinquante-quatre ans. Entre le 6 mars 1876 dans le service de Gallard. Réglée à dix-sept ans. Première grossesse en 1875. Accouchement régulier. Trois jours après ses couches, douleurs dans la région abdominale. Malade depuis ce temps. On ne trouve ni douleur, ni empatement par la palpation abdominale. Le cul-de-sac latéral droit abaissé est le siège d'un empatement manifeste. Dans la nuit du 18 au 19 mars, la malade est prise subitement de douleurs très vives dans l'abdomen. Vomissements verdâtres, mort dans la soirée avec hypothermie.

Autopsie : péritonite généralisée, pas de perforation intestinale. Le corps de l'utérus est comme enchâssé au milieu de produits inflammatoires de date déjà ancienne, qui occupent de préférence le cul-de-sac postérieur et le ligament large droit. Les trompes augmentées de volume, flexueuses, se reconnaissent à la conformation spéciale de leur pavillon. La trompe du côté gauche est rompue près de son orifice

péritonéal, et il s'écoule de ce côté un liquide purulent. La trompe droite est gorgée de pus. Les ovaires présentent un grand nombre de petits points abcédés. Les follicules sont représentés par ces abcès miliaires.

OBSERVATION VII

Lawson Tait. *Traité clinique des maladies des femmes*, p. 573, rapporte un cas observé par Cullingworth (*Lancet*, 3 nov. 1875).

Femme de quarante-cinq ans, admise à l'hôpital pour des vomissements et de violentes douleurs de l'abdomen qui est distendu. On constate une tumeur abdominale, fluctuante, atteignant presque l'ombilic, mate et que l'on sent vers le vagin à droite de l'utérus. La température vespérale est élevée. Le 27 janvier, on retire un litre de pus par la ponction vaginale. 7 février : Incision exploratrice ; on ouvre un abcès volumineux, la malade succombe quinze heures après l'intervention et l'autopsie démontre que la cause de l'accident était un abcès rompu de l'ovaire droit. L'ovaire gauche constituait aussi une petite poche, remplie de pus.

OBSERVATION VIII

E. Wagner, de Leipzig, rapporte qu'une femme arrivée à la fin du huitième mois de la grossesse éprouva subitement des douleurs atroces dans le bas-ventre et succomba au bout de vingt-quatre heures.

On fit immédiatement après l'opération césarienne et on retira deux enfants morts depuis une paire de jours. L'autopsie démontra une péritonite d'une médiocre intensité sauf à l'entour de l'utérus.

La vésicule biliaire renfermait une soixantaine de calculs de une à trois lignes de diamètre.

A un pouce du pavillon la trompe droite était ulcérée et

perforée. La perforation est du volume d'une lentille, les bords de celle-ci étaient plissés, tandis que la muqueuse qui revêtait la trompe était presque lisse, de sorte qu'au premier abord on eut pu croire à un pavillon surnuméraire.

La trompe renfermait en outre un peu de muco-pus. Dans l'ovaire droit on trouva un corps jaune très développé.

OBSERVATION IX

(Janeway, *New-York med. J.* 1880.)

F..., quarante-neuf ans, entre à l'hôpital le 3 août.

Se plaint de constipation opiniâtre depuis quatorze jours. Depuis un an douleurs dans le bas-ventre, leucorrhée. Cette femme présente tous les symptômes de péritonite. Le palper abdominal et le toucher vaginal sont négatifs. Mort avec les mêmes symptômes le 7 avril.

Autopsie : péritonite généralisée. La trompe droite était pleine de pus et présentait une perforation dans le péritoine. La trompe gauche était également enflammée et dilatée par un exsudat. Elle n'était pas rompue. Rien d'anormal dans les autres viscères.

OBSERVATION X

(Cerné, interne des hôpitaux. *Soc. Anat.*, Paris, 1880.)

Suppuration des deux trompes et de l'ovaire gauche.
Péritonite généralisée par perforation.

Leroux Henriette, âgée de vingt-neuf ans, est entrée le 6 janvier 1880 au n° 13 de la salle Saint-Basile dans le service de M. le Dr Bernutz, hôpital de la Charité. Bien portante ordinairement, dit-elle. Cette malade a été prise tout à coup, le dimanche 3 janvier à la suite d'une vive contrariété, mais surtout peut-être d'une indigestion par un repas copieux, de douleurs abdominales très vives qui ne lui ont pas permis de se coucher toute seule.

Le lendemain elle a été prise de diarrhée, rendant d'abord des matières fécales, puis très rapidement des matières séreuses, de l'eau, dit-elle. Le mardi, sont venus en outre des vomissements bilieux; un moment il y aurait eu du sang dans les selles, mais elle dit avoir des hémorroïdes.

Le facies est grippé, hippocratique. Le pouls est un peu fréquent, mais surtout petit, sans fièvre marquée. Le ventre est ballonné, mais non d'une manière excessive. Les douleurs provoquées par les palpations sont extrêmement vives. Douleurs lombaires assez intenses.

La diarrhée continue; il n'y a pas seulement de l'eau, car elle est colorée en jaune. Il y a à chaque instant des efforts de vomissements qui n'ont d'autre résultat que le rejet d'un peu de mucus. Soif ardente. Sous l'influence de l'opium le jour et le lendemain de son entrée la diarrhée s'est un peu arrêtée en sorte que l'on aurait pu croire à une gastro-entérite. Mais le 8, au soir, tous les phénomènes préexistants se sont de nouveau montrés sauf la diarrhée. Elle meurt le 9 au matin dans des douleurs atroces.

Autopsie le 10 janvier. A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve les intestins réunis par des fausses membranes très abondantes, en certains points très épaisses, ayant déjà une consistance assez grande. Du pus est infiltré partout. Tout l'abdomen est pris jusqu'au diaphragme. L'intestin lui-même est sain. L'iléon est seulement un peu congestionné dans sa partie terminale. Le rectum est vide de matières et de gaz et complètement revenu sur lui-même. Une couche de mucus jaunâtre le tapisse. La partie moyenne du petit bassin offre au premier abord une masse assez informe ressemblant de chaque côté à des anses intestinales et baignant dans le pus. Les organes pelviens étant enlevés on constate ce qui suit : la vessie et le rectum sont sains. L'utérus non dévié, présente un col vierge dont l'orifice absolument rond est très étroit. Le corps est en antéflexion sur le col. Dans la cavité du corps sont quelques caillots comme si la malade eût été au moment de ses

règles (?). La muqueuse est saine. De chaque côté s'étendent les deux trompes qui sont le siège des altérations principales. La moitié interne est saine et de direction normale. La moitié externe au contraire présente des dilatactions de volumes divers au nombre de trois ou quatre de chaque côté. La plus considérable est située à la partie la plus externe comme formée par le pavillon de la trompe distendu et fermé de manière que l'on ne trouve pas trace de l'ouverture normale ; les kystes sont remplis de pus et communiquent ensemble par une partie moins dilatée. Leur surface interne est lisse, comme résultant du déplissement de la muqueuse, qui dans la partie non dilatée a sa configuration normale, mais semble ramollie. Je n'ai pu trouver la communication normale de l'utérus avec la trompe.

Les ovaires ne sont pas situés à leur place habituelle. Ils sont tous deux ramenés en dedans et en bas, dans la concavité de la trompe faisant corps avec le ligament large dont le repli qui lui est propre a disparu.

Mais à gauche se présente une disposition particulière. Le kyste occupant le pavillon de la trompe est le plus considérable ; il a la grosseur d'un petit œuf de poule. Or, il se continue directement avec la cavité de l'ovaire. La limite de ces deux kystes est très nette. La surface interne de la trompe est lisse, tandis que celle de l'ovaire est très inégale et beaucoup plus rouge. Un rebord brusque formé par la soudure de l'ovaire dans le pavillon marque cette limite en dedans, tandis qu'en dehors cette continuité est parfaite.

Il serait même difficile d'affirmer qu'il s'agit là de l'ovaire, si l'on ne s'efforçait en vain de le trouver autre part. D'ailleurs, l'examen microscopique a montré des ovisacs dans la paroi (D^r Rémy). L'ovaire n'est pas sensiblement dilaté. A sa face postérieure, vers son milieu, se trouve une perforation à bords amincis moindre qu'une tête d'épingle. En avant de la poche ovarienne, probablement dans une dilatation de la trompe (il est difficile de le déterminer exactement), on trouve une masse caséeuse de la grosseur

d'une noisette, vestige d'un abcès pelvien. D'autre part, des adhérences anciennes avec les parois pelviennes affirmement, à défaut de renseignements cliniques, l'existence d'un ancien travail inflammatoire.

OBSERVATION XI

(Chipault, *Clin. de Bernütz*, t. II, p. 182.)

Cancer du col de l'utérus. Développement d'une péritonite suraiguë. Mort le troisième jour.

Autopsie : péritonite purulente généralisée. Petite perforation de la trompe gauche, distendue par du pus et dont le pavillon est oblitéré. Distension de la trompe droite, dont le pavillon est comme celui du côté opposé, oblitéré par l'adhérence ancienne des franges du pavillon. Encéphaloïde du col utérin, limité à cet organe.

OBSERVATION XII

(Collie, *Brit. med. J.*, mars 1888.)

Jeune femme. Entre dans le collapsus. Mort en quelques heures. A l'autopsie, la trompe était rompue.

OBSERVATION XIII

(Mermann, *Centr. f. Gyn.*, 1881.)

Femme de quarante-huit ans. Aucun symptôme de salpingite ou de paramérite. L'auteur pratique l'abaissement avec une pince de Museux, introduit les cylindres d'Hegar jusqu'au n° 13, et applique l'éponge préparée pour achever la dilatation. Immédiatement, de violentes douleurs éclatent. Mort de péritonite deux jours après. Autopsie : polype sous-muqueux, fibrome sous-séreux. Perforation de la trompe droite, qui était fixée à la paroi postérieure du bassin par des adhérences anciennes. La muqueuse utérine

n'était pas enflammée, ce qui éloigne l'idée d'infection par l'éponge.

OBSERVATION XIV

(Bardel, thèse, Paris, 1883.)

Femme de trente-quatre ans. Entre à la Pitié le 10 juillet 1882. Deux enfants, le plus jeune a deux ans. « Il y a cinq jours, cette femme est tombée violemment; le flanc droit a porté sur une pierre taillée en angle; la douleur fut aussitôt très vive, mais se calma suffisamment pour permettre à la malade de vaquer à ses occupations. » Le lendemain, elle est obligée de prendre le lit. Suintement sanguin par la vulve. Le surlendemain, frissons. Le quatrième jour, vomissements verdâtres. L'abdomen est peu douloureux, si ce n'est au niveau de la fosse iliaque droite. Utérus mobile, mouvements peu douloureux. Le 14, mort.

Autopsie : pus en assez grande quantité dans toute l'étendue du péritoine pelvien. Trompe droite enveloppée de fausses membranes. « Près du pavillon, la trompe présente un renflement subit du volume d'un œuf de pigeon, et à la partie antérieure du renflement une ouverture d'où l'on voit sourdre du pus. » Ovaire sain. Léger degré de salpingite du côté opposé.

OBSERVATION XV

(L. Tait, *Trans. obst. Soc. of. London*, 7 nov. 1883.)

Femme, mariée depuis plusieurs années. Pas d'enfants. Pyosalpingite chronique rendue aiguë par un pessaire. La trompe se rompt. Péritonite aiguë, laparotomie rapide. Issue d'une grande quantité de pus fétide. Trompe droite très adhérente et rompue. Ablation, nettoyage et lavage de l'abdomen, drainage. Guérison.

OBSERVATION XVI

(Lewers, *Trans. of. obst. Soc. of. London*, 1885.)

Femme de dix-huit ans, bien portante jusqu'au 18 octobre 1885. Maux de tête. Le 20, légères douleurs dans l'abdomen, qui augmentent progressivement jusqu'au 22. Entre à London Hospital. Le 22, vomissements, qui persistent jusqu'au 24. Le lendemain, frissons, fièvre. Mort le 25, sept jours après le début de la maladie. Les règles avaient toujours été régulières et indolentes. Pas d'histoire de blennorrhagie, mais la situation de la malade permet de penser qu'elle l'a eue. Autopsie : péritonite généralisée ; la trompe gauche est dilatée dans sa partie externe ; deux ruptures ; l'une d'elles siège en un point qui n'est pas dilaté.

OBSERVATION XVII.

(Hartigau, *Am. g. of med., sc.*, 1882.)

Négresse, âgée de trente-trois ans, meurt par rupture de la trompe et hémorragie dans le péritoine.

OBSERVATION XVIII

(Imlach, *Liverpool med., chir., j.*, 1886.)

Malade qui avait refusé pendant plusieurs mois l'ablation des annexes pour pyosalpingites. Tout à coup éclatent des accidents de péritonite. L'auteur appelé trouve un abdomen distendu, mat à la percussion. Le pouls est à 160, la face et le corps couverts de sueurs froides. Mort imminente. Quand l'auteur entreprend comme ressource désespérée la laparotomie, du pus fétide et des matières fécales s'écoulèrent, et quand il introduisit ses deux doigts, il

trouva la trompe droite sous forme d'un large sac affaissé et le rectum perforé.

OBSERVATION XIX

(Observation du Dr Chapman-Grigg. (*Trasactions of the British Gynæcological Society*, 1887.)

Femme de vingt et un ans, primipare. Cette femme va très bien pendant la première semaine après son accouchement, puis elle fut prise le huitième jour de symptômes de péritonite et elle mourut le douzième jour. On trouva que la mort était due à un ancien pyosalpinx et à un abcès de l'ovaire.

OBSERVATION XX

(Bernütz, *Conférences cliniques sur les maladies des femmes*, 1888, p. 362.)

Bonne santé antérieure. Il y a treize mois, début pendant une période menstruelle, d'une pelvi-péritonite, aiguë d'abord, latente ensuite, dont elle reste souffrante pendant trois mois. Depuis lors, les menstruations qui étaient normales auparavant, sont chaque fois très douloureuses. Au quatrième jour de la dernière menstruation, péritonite suraiguë. Le troisième jour au début de celle-ci, mort. Péritonite généralisée; abcès enkysté ancien dans la trompe droite; perforation de cet abcès; abcès récent enkysté dans la trompe gauche; adhérences anciennes entre l'utérus et le rectum; kyste séreux accolé à la partie latéro-inférieure droite de la face antérieure de l'utérus; le tissu cellulaire des ligaments larges, assez abondant, est sain.

OBSERVATION XXI

(Robb. *The Lancet*, 1906.)

Rupture mortelle d'un pyosalpinx pendant le travail.

Femme vigoureuse et de bonne santé, accouchée au forceps, après trois jours de travail. Le deuxième jour après l'accouchement, la mère présente dans l'après-midi deux vomissements, quatre selles et quelques coliques. Aucune tension et aucun ballonnement de l'abdomen. L'utérus est facile à palper. Langue bonne et humide, température $37^{\circ} 7$, pouls à 100. Le troisième jour la malade va mal; elle a vomi à plusieurs reprises et se plaint de violentes douleurs abdominales. Elle est très déprimée. Le pouls est à 140, la température = 98° degrés Fahrenheit. L'abdomen n'est ni dur ni ballonné, un peu de sensibilité au palper de l'utérus. Elle meurt dans la soirée. Autopsie : péritonite, du pus épais et jaune s'échappe de la trompe gauche.

OBSERVATION XXII

(Huleux *Société Anat.*, Paris, 1907, p. 683.)

Rupture d'un abcès de l'ovaire droit chez une jeune fille de dix-sept-ans. — Péritonite généralisée aiguë consécutive.

La pièce que nous présentons appartient à une jeune fille entrée dans le service mardi dernier 12 novembre et opérée le jour même dans les conditions que nous allons relater.

A son arrivée, l'interrogatoire de notre malade nous apprend ce qui suit. Agée de dix-sept ans, elle a été réglée il y a quatre mois seulement. Les deux premiers mois les règles sont venues normalement, sans souffrance, depuis septembre elles n'ont point reparu. L'état général de la

malade n'a cessé d'être excellent : se livrant à un métier très dur, elle n'a jamais été obligée de s'arrêter un seul instant. A signaler dans ces derniers jours une constipation des plus opiniâtre : la malade est restée quinze jours sans aller à la garde-robe : une purgation à l'huile de ricin n'a eu aucun résultat.

Dimanche dernier, 10 novembre, dans la matinée, notre malade a été prise d'une douleur subite extrêmement violente, qu'elle compare elle-même à un coup de poignard, localisée dans l'hypocondre droit. Cette douleur s'est calmée dans la journée pour reprendre ensuite et se généraliser à tout l'abdomen. Le mardi, un médecin consulté conseille l'envoi d'urgence à l'hôpital.

Nous voyons la malade à ce moment. La face est grippée, le nez pincé, le pouls à 138, petit, filiforme ; les extrémités sont froides, la respiration pénible, la température est de 40°2 ; il n'y a pas de vomissements. Le ventre est très ballonné, tendu, d'une sensibilité extrême au moindre contact, sauf dans le flanc droit où l'on perçoit une légère submatité.

On songe à une péritonite par perforation intestinale, à une appendicite perforante suraiguë. Enfin l'hypothèse de la rupture d'une grossesse tubaire est également émise. L'intervention est décidée et faite immédiatement. La laparotomie médiane sous-ombilicale laisse écouler un liquide brunâtre, louche, sale, qui baigne les anses intestinales. L'intestin est recouvert de fausses membranes piriformes. Pas de gaz dans la cavité péritonéale. L'appendice est sain ainsi que l'intestin. Dans la fosse iliaque droite on sent une masse de la grosseur d'une petite mandarine. Devant l'urgence de finir vite, étant donné l'état de la malade, on se contente de faire deux nouvelles incisions de la paroi abdominale ; on draine après avoir fait un grand lavage au sérum. Le lendemain matin, la température est de 39°5, le pouls à 150. Le soir, T. = 40°9, pouls filiforme, presque incompréhensible, irrégulier. Les vomissements apparaissent et la ma-

lade meurt à 8 heures, c'est-à-dire moins de soixante heures après le début des accidents.

L'autopsie a montré la complète intégrité de l'intestin et de l'appendice. L'utérus est enlevé avec les annexes droites, sans difficulté : pas d'adhérences. L'examen montre que nous avons affaire à la rupture d'un abcès de l'ovaire droit. L'ovaire gauche est absolument sain. L'examen bactériologique du pus a montré du streptocoque pur.

Cette observation nous a paru intéressante étant donné l'âge de la malade : dix-sept ans, l'absence complète de passé génital (réglée depuis quatre mois, pas de leucorrhée, intégrité de l'hymen que nous avons vérifié à l'autopsie), l'évolution rapide de cet abcès, et l'embarras dans lequel on se trouve d'assigner une porte d'entrée à cette infection.

OBSERVATION XXIII

(Mary, th. de Paris, 1907-1908.)

Rupture d'un pyo-salpinx pendant l'accouchement.

Jeune femme de seize ans, accouchée le 20 mai 1908, d'un enfant bien portant. Douleurs exagérées pendant le travail. Température axillaire, 38°5. Au côté droit du ventre, douleur très violente avec paroxysme le soir de l'accouchement. Le 21 au matin, T. = 37°5. Du côté droit dans la fosse iliaque, douleur au palper, coïncidant avec une hyperesthésie très nette et très bien constatée pendant l'accouchement quand la main frôlait la paroi abdominale à droite. Le pouls est à 120. Le 21, à 2 heures, T. = 40°4. Le 22, au matin, T. = 39 degrés, l'état général est encore bon, le pouls est à 125. Le 22 au soir, T. = 38°9, même état.

23 mai. — T. = 39 degrés le matin, 38°7 le soir.

24 mai. — Même état local, la malade souffre moins, la diarrhée est très abondante, fétide, le ventre est légèrement

ballonné, les traits sont un peu tirés, la malade vomit tout ce qu'elle prend.

25 mai. — T. = 37°4 et 37°5, l'état général semble plus mauvais, le pouls bat toujours à 120, les traits sont tirés, la langue est sèche, la diarrhée s'arrête.

26 mai au matin. — Hypothermie, la malade est très affaiblie, le pouls très rapide, le facies franchement péritonéal, le ventre ballonné et douloureux partout. La langue est très sèche et couverte de uliginosités, les extrémités sont froides, les vomissements foncés et la malade meurt la nuit suivante sans avoir perdu conscience de ce qui se passait autour d'elle.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre un flot de pus s'écoule jaune, d'odeur nauséabonde. A droite, gros paquet d'adhérences au milieu desquelles on trouve, grosse comme un boudin, la trompe droite remontant jusque dans le cœcum. A sa partie moyenne, un caillot sanguin obture une déchirure grande comme une pièce de 50 centimes d'où s'échappe encore du pus.

OBSERVATION XXIV

(In Courty, *Traité de gynécologie.*)

Femme de trente-cinq ans qui avait un écoulement rouge sale depuis quelques semaines, lorsqu'elle fut prise d'une péritonite qui l'emporta.

Autopsie: Péritonite. La trompe droite était distendue par le pus, elle présentait en son milieu une saillie du volume d'une lentille au centre de laquelle était une petite perforation.

OBSERVATION XXV

(In Courty, *Traité de gynécologie*)

Femme mariée depuis vingt ans, souffre depuis son mariage de pertes blanches et de salpingite. Depaner de Ko-

chel appelé auprès de cette femme constate le 8 octobre 1858 les signes d'une péritonite. Le 19, la malade présente une amélioration, le pouls est à 100, quelques vomissements. Le 20 octobre, aggravation marquée, le pouls à 130. Le 21 octobre, mort.

Autopsie : péritonite généralisée. Les trompes sont noueuses et kystiques. La trompe gauche au niveau de la plus grosse dilatation est ulcérée et perforée dans une étendue de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Les bords de la perforation sont déchirés, lisses et donnent issue à du pus.

OBSERVATION XXVI

(Service de M. le Professeur A. Poncet.)

Rupture spontanée d'une salpingite suppurée. — Péritonite généralisée. — Intervention. — Mort. — Autopsie.

Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, réglée normalement jusqu'au début de son mariage c'est-à-dire jusqu'à vingt ans. Quelques mois après elle fut soignée et opérée, dit-elle, à la Charité pour une fausse couche de trois mois. A partir de cet accident elle continue à souffrir dans le bas-ventre, surtout au moment des règles. Celles-ci étaient régulières mais inquiétaient parfois la malade par leur abondance exagérée. La malade travaillait cependant sans grande fatigue et vaquait normalement à son pénible métier de blanchisseuse. Aussi son entourage était-il loin de se douter de la gravité de son état, au moment où se déclarèrent brusquement en pleine santé le 22 février 1900, tous les signes d'une péritonite par perforation. Ce jour-là, en effet, la malade soulevait un enfant de quelques mois lorsqu'elle ressentit une violente douleur dans le bas-ventre suivie bientôt de vomissements bilieux. Le tympanisme abdominal survint en quelques heures et augmenta jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu. Il y avait arrêt complet

de matières et coliques généralisées à tout l'abdomen. Le 24 février 1900, quarante-huit heures après le début des accidents, la malade était apportée à l'Hôtel-Dieu à la clinique du Professeur Poncet, où on put constater tous les symptômes d'une péritonite généralisée par perforation probable d'un pyosalpinx. Tympanisme généralisé sans disparition de la matité hépatique. Douleurs diffuses à la pression des différents territoires du ventre. Arrêt complet des matières et du gaz. Oligurie. Il n'y avait pas cependant de matité à la percussion de l'hypogastre et des fosses iliaques, mais la température atteignait 38°7. Le pouls était à 130. La malade avait un aspect péritonéal typique. Respiration rapide exclusivement costale, narines pincées, yeux brillants, vomissements porracés répétés et abondants. Au toucher vaginal cul-de-sac postérieur très douloureux. Quelques heures après l'entrée, M. Delore fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. Du liquide séropurulent s'écoule en grande abondance venant de toutes les directions mais surtout de la fosse iliaque et du petit bassin. Il est libre dans la cavité péritonéale. Les anses intestinales, l'épiploon dépoli et vascularisé n'offrent aucunes adhérences suffisantes pour admettre une péritonite enkystée; sans aucune difficulté on peut les attirer au-dehors et constater que l'appendice est sain. Le doigt sent une collection salpingienne droite, mais l'état général de la patiente est tel qu'on doit se contenter d'un simple drainage après assèchement des liquides péritonéaux. Ni gaz, ni matières dans le péritoine. Malgré des injections de sérum artificiel, la mort survint quarante heures après l'opération.

A l'autopsie, pratiquée le 28 février, trente-six heures après la mort on constata outre les lésions d'une péritonite diffuse une salpingite droite. La collection de la trompe s'était évacuée dans le péritoine par une perforation de la paroi tubaire siégeant au niveau de l'ampoule et dont l'orifice admettait bien le petit doigt. Cette ulcération dont le diamètre allait en décroissant de la muqueuse tubaire à

la séreuse rappelait la disposition habituelle infundibuliforme des ulcères perforés de l'estomac. Rien aux autres organes.

OBSERVATION XXVII

(Service de M. le Professeur Poncet.)

Péritonite généralisée par perforation d'un salpingite gauche. — Intervention et mort.

Femme de trente ans, amenée à l'Hôtel-Dieu le 18 août 1902, avec tous les signes d'une péritonite généralisée d'origine génitale. On ne relève dans ses antécédents qu'une fausse couche, il y a plus de huit ans. A partir de cet accident, pertes blanches extrêmement abondantes contre lesquelles ne fut institué qu'une thérapeutique insuffisante : lavages vaginaux irrégulièrement pratiqués. Le 3 août 1902, cette femme vaquait comme à l'ordinaire à ses occupations, lorsqu'elle fut prise d'une violente douleur dans le bas-ventre avec vomissements et tympanisme. Ce cortège péritonéal disparut au bout de huit jours par le repos et la guérison parut définitive. Brusquement le 16 août la situation s'aggrava. Douleurs abdominales vives, météorisme, arrêt des gaz et des matières. Le 18, la malade est amenée à l'Hôtel-Dieu. Pouls filiforme à 140. Température élevée : 40° 1. Vomissements porracés. Hoquet. 30 respirations à la minute. Facies péritonéal.

Laparotomie sous-ombilicale médiane (M. Delore) issue d'une grande quantité de sérosité louche d'odeur fétide, non collectée et contenue dans la grande cavité péritonéale.

En arrivant vers le petit bassin le liquide prend l'aspect franchement purulent ; en haut il n'y a pas de fausses membranes. Dans le pelvis, au contraire, on remarque les traces d'une inflammation plus ancienne.

Enfin, baignant dans le pus, on rencontre la trompe gauche épaissie, flasque et comme vidée, mais possédant

une cavité. Celle-ci présente sur le bord supérieur de l'ampoule une plaque de gangrène avec une perforation de dimensions assez restreinte qui admettrait seulement la tête d'une grosse épingle. Cette trompe est facilement enlevée entre deux pinces.

Drainage abdomino-vaginal. Injections de sérum artificiel. Mort le 21 août. La famille fait opposition à l'autopsie.

OBSERVATION XXXVIII

Service de M. le professeur A. Poncet.

Péritonite généralisée par rupture d'un pyosalpinx du côté droit. — Broncho-pneumonie. -- Décès. — Autopsie.

Femme de vingt-six ans, amenée en état de péritonite généralisée le 6 septembre 1904. La malade est sans famille. Elle ne peut donner le moindre renseignement : son état général est en effet très mauvais. Face bouffie, cyanosée, dyspnée intense. On entend à distance de gros ronchus aux deux temps de la respiration. Pouls imperceptible, incomptable. Température rectale à 39 degrés. Ventre ballonné, dur, douloureux.

Au poumon on entend de gros râle qui marquent la respiration. On perçoit en outre, au sommet droit, un foyer de râles fins. La malade meurt quelques heures après son entrée.

A l'autopsie. — On trouve une péritonite généralisée occasionnée par la rupture d'un pyosalpinx droit. Pas de lésions gastriques appendiculaires ou intestinales. Broncho-pneumonie. Rétrécissement mitral très serré.

OBSERVATION XXIX

Recueillie dans le service de M. le professeur A. Poncet.

Péritonite généralisée due à la rupture d'un pyosalpinx droit. — Drainage abdomino-vaginal. — Pyosalpinx gauche avec abcès péritonéal. — Ablation des annexes. Guérison.

G... E., vingt-six ans entre le 26 juin 1905 dans le service de M. le professeur Poncet avec des signes de péritonite aiguë généralisée. Elle est dans un tel état qu'il est difficile de l'interroger. Réglée à quinze ans, ses règles sont depuis longtemps irrégulières et douloureuses. Elle n'a jamais eu ni fausses couches ni enfants. Actuellement, elle n'a aucun retard de règles. Depuis quatre ans, elle a souffert plusieurs fois dans le bas-ventre, mais par le repos au lit et l'application de vésicatoires, elle a toujours trouvé un soulagement.

La dernière crise remonte à six jours. La malade fut prise brusquement de violentes douleurs dans le bas-ventre l'ayant obligée à se mettre au lit. Depuis ce moment, elle s'est mise à vomir et à présenter des signes péritonéaux, la persistance de ces troubles l'amène à l'hôpital.

A l'examen on voit immédiatement que le ventre est ballonné; il existe une suppression complète des matières et du gaz. Vomissements porracés. La palpation de tout l'abdomen est douloureuse. Le toucher vaginal est également très douloureux. Les culs-de-sacs sont tendus; en arrière et à droite, on reconnaît l'existence d'une collection, mais il est impossible de préciser davantage la situation et l'état des organes du petit bassin.

La température est de 38°8 à l'entrée; le pouls est à 130; la respiration à 60.

En présence de ces symptômes, M. Delore qui voit la

malade au moment de son entrée fait le diagnostic de péritonite généralisée et décide une intervention immédiate.

Opération le 26 juin au soir (M. Delore). — Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture de la paroi on constate de l'œdème dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et dès l'ouverture du péritoine il s'échappe une grande quantité d'une sérosité louche et fétide qui remplit toute la cavité abdominale. Sur les anses qui se présentent sous les yeux, il n'existe aucune adhérences. Après avoir évacué tout le pus on recherche l'origine de cette péritonite. L'appendice est sous les yeux ne présentant aucune altération. Par contre, dans le petit bassin, on voit qu'il existe des traces manifestes d'inflammations anciennes et de pelvi-péritonite.

Contrairement à l'étage supérieur de la cavité abdominale qui ne présente aucune adhérence on voit que tous les organes du petit bassin sont recouverts d'exsudats plus ou moins anciens. Du côté droit enfin on trouve une poche tubaire affaissée et revenue sur elle-même, présentant du côté de l'abdomen une déchirure d'environ 1 centimètre et demi et dans laquelle il existe encore une certaine quantité d'un pus épais beaucoup plus compacte que celui qui inonde la cavité péritonéale. Par le toucher vaginal on reconnaît que cette poche représente bien la trompe droite. Mais étant donné l'état général de la malade et la diffusion de la péritonite, on se contente de l'ouvrir largement et de faire un drainage abdomino-vaginal qui traverse en même temps la poche tubaire. On se sert pour cela d'un gros drain en caoutchouc. En outre, du côté de l'abdomen on laisse quelques mèches intra-péritonéales.

Le lendemain de l'intervention la malade est toujours dans un état grave. La température reste à 39 degrés. Le pouls est toujours aussi rapide et la respiration aussi accélérée. Les vomissements ont persisté toute la nuit. Abscès de fixation au niveau de la cuisse. Mais dès le troisième jour on note une amélioration sensible et on voit peu à peu

s'atténuer et disparaître tous les signes de la péritonite. Cinq jours après l'intervention la température est revenue à peu près à la normale. Le pouls et la respiration sont moins accélérés. Les vomissements qui avaient persisté jusque-là s'arrêtent à leur tour. Par la double ouverture abdominale et vaginale il s'écoule une grande quantité de pus très fétide. Lavage quotidien par le drain. La malade est allée à la selle avec des lavements, mais elle ne peut uriner spontanément et on est obligé de la sonder régulièrement. Du côté de l'abcès de fixation on note de l'induration et de l'œdème des téguments.

13 juillet 1905. — L'amélioration continue, ouverture de l'abcès de fixation. On retire le drain par le vagin en ne le laissant que dans le cul-de-sac postérieur.

22 juillet. — Le malade reprend de la température. L'état général est moins satisfaisant. Il existe manifestement des signes de rétention. Sous anesthésie on agrandit l'incision vaginale. On trouve alors une volumineuse collection remontant jusque dans la fosse iliaque droite. On enlève les débris de la trompe droite et on laisse un drainage vaginal. Quinze jours plus tard on constate l'existence d'une nouvelle collection dans la fosse iliaque gauche. On fait alors une nouvelle laparotomie à la malade. Incision d'une poche péri-salpingienne et ablation d'un pyosalpinx gauche. Drainage abdomino-vaginal. A la suite de cette troisième intervention la malade se relève assez rapidement. Elle part en convalescence à la Croix-Rousse le 13 octobre complètement rétablie. Toutes les incisions sont cicatrisées. La malade souffre encore un peu dans le pelvis. Elle a eu récemment quelques métrorrhagies. Au toucher l'utérus reste encore un peu gros.

OBSERVATION XXX

(Recueillie dans le service de M. le professeur A. Poncet.)

Péritonite généralisée par rupture de l'ovaire droit au cours d'une annexite suppurée. — Intervention. — Mort.

Claudine B..., cuisinière, trente-six ans, amenée à l'Hôtel-Dieu le 10 janvier 1907.

Pas de troubles menstruels. Une grossesse normale il y a quinze ans. Pas de pertes blanches. Cependant depuis ses dernières règles qui vinrent le 25 octobre 1906 et qui furent de durée et de quantité ordinaire, la malade souffrait un peu pendant la miction et éprouvait de la cuisson à la vulve et à l'anus. Elle n'avait toutefois aucune perte jaunâtre ou verdâtre.

Progressivement, elle ressentit des douleurs dans le côté droit du bas-ventre et le 7 janvier ces douleurs s'accrurent, s'accompagnèrent de vomissements alimentaires et bilieux. La malade s'alita et vit un médecin qui trouva de la fièvre et prescrivit un purgatif. Celui-ci exaspéra les vomissements, mais ne produisit aucune évacuation de matières. Le lendemain un lavement purgatif resta également sans effet,

Le 9, la malade absorba d'elle-même un verre et demi d'eau de Villacabras. C'est alors qu'elle ressentit une violente douleur dans la fosse iliaque droite, accompagnée de frissons et lipothymies. La détente se fit, une forte débâcle eut lieu par l'anus et la malade se crut améliorée, mais rapidement l'état général s'aggrava. Le pouls devint rapide, le facies se grippa et l'on amena la malade à l'hôpital. Un examen rapide permit de faire le diagnostic de péritonite généralisée d'origine annexielle (Température à 39°6. Pouls à 130).

M. Delore intervint d'urgence une heure après l'entrée de la malade. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il

s'écoule une quantité considérable de liquide, d'abord seulement louche, puis enfin nettement purulent. On garnit de compresses la partie supérieure du champ opératoire et l'on va à la recherche des annexes du côté droit qui se détachent presque spontanément après application d'une pince sur leur pédicule. En cours d'opération, on aperçoit l'appendice qui est tout à fait sain.

On termine par un drainage abdomino-vaginal au moyen d'un gros drain et l'on remplit l'abdomen de mèches de gaze.

Malgré une opération qui avait été aussi complète et aussi rapide que possible, la malade meurt vingt-quatre heures après dans l'algidité.

L'examen de la pièce opératoire montre une trompe à peu près normale. La paroi est ferme et régulièrement épaissie. Elle contenait cependant un peu de pus. L'ovaire, par contre, était plein de pus et gros comme un œuf de poule. On le voit formé de deux poches, l'une interne et l'autre externe séparées par une cloison médiane de 3 à 4 millimètres d'épaisseur. La poche interne accolée à l'orifice tubaire présente au voisinage du pavillon de la trompe une première perforation circulaire des dimensions d'une pièce d'1 franc en tissu sain.

A la face opposée il en existe une autre un peu plus petite entourée de tissus sphacelés. Sa poche externe offre également deux perforations à l'emporte-pièce situées l'une vers le pôle externe en tissu relativement sain, l'autre sur la face postérieure en plein tissu nécrosé. La face postérieure de l'ovaire est donc sphacélée ou en voie de le devenir dans toute son étendue.

OBSERVATION XXXI. (E.-C. Mann.)

Mrs E..., femme de basse classe me fut envoyée par le Dr E.-L. Beebe et admise à Buffalo General Hospital, le 16 février 1907. Elle était amaigrie pâle et anémiée.

L'histoire de son affection pelvienne remonte à plusieurs années, mais dans ces trois dernières, elle avait observé une recrudescence de ses anciens symptômes. A l'entrée, la température oscillait entre 100 et 101 degrés Fahrenheit. Le pouls était à 100, la respiration à 22.

Je l'examinai le matin de l'entrée. L'abdomen était dur, l'utérus immobilisable et de chaque côté on sentait une masse d'ancienne péritonite pelvienne.

Le soir du deuxième jour, quelques signes de péritonite apparurent d'après le chirurgien de l'hôpital, et le matin du troisième jour on observait tous les symptômes d'une péritonite plus ou moins généralisée. Température 97 degrés. Fahrenheit. Pouls 149. Respiration 44.

L'examen du sang montra : leucocytes 18.000, hématies 3.700.000, hémoglobine 75 pour 100, iode : réaction positive.

Le tableau était celui de shock avec agitation, yeux brillants. L'abdomen était dur et météorisé. Plusieurs chirurgiens ne donnèrent aucune idée précise sur la cause de cet état et on ne songea pas à une rupture de la trompe.

Mon propre diagnostic fut rupture de l'appendice.

Sous anesthésie à l'éther, on fit une incision au niveau du point de Mac Burney.

Les intestins étaient injectés, mais l'appendice très petit et absolument normal. On put voir de chaque côté une masse basse ; mais comme il était impossible de libérer les adhérences à travers l'incision précédente, on fit une laparotomie médiane sous-ombilicale. Grâce à cette incision, la trompe droite fut mise à jour, liée et enlevée. Le bassin fut asséché et l'abdomen refermé. Un hydrosalpinx du côté gauche fut respecté par suite du mauvais état général de la malade. On plaça un drain dans l'incision abdominale et de la gaze iodoformée dans le cul-de-sac. Ils furent enlevés respectivement le deuxième et le troisième jour.

La trompe, environ de la grosseur d'un pouce apparut ulcérée et perforée à un pouce du pavillon. Dans son inté-

rieur existait encore une légère quantité de matière purulente.

Durée de l'opération, trente-cinq minutes. La guérison de la malade se fit sans interruption. On ne fit pas de cultures. Le diagnostic clinique était gonorrhée.

OBSERVATION XXXII

Mrs B..., reçue à Buffalo Général Hospital, le 18 juin, service du Dr E.-C. Mann, âge, quarante-deux ans, trois enfants de moins de douze ans ; deux fausses couches après le dernier, il y a environ neuf ans. Elle garda le lit quatre semaines avec douleurs dans le bas-ventre, fièvre et pouls élevé. Depuis cette date jusqu'à il y a trois ans, elle jouissait d'une bonne santé, quand, à l'occasion d'une période menstruelle, les douleurs dans le côté de l'abdomen reparurent et elle reprit le lit pendant quatre semaines.

Depuis, elle a toujours souffert, la douleur en arrière et de côté s'irradiant vers les cuisses. Le 16 juin, elle avait été examinée par le Dr Riester de Buffalo qui fit le diagnostic d'abcès tubo-ovarien. Deux jours après, il fut appelé dans la nuit ; la malade était presque dans le collapsus. L'abdomen était très dur à ce moment et la masse du côté droit semblait plus petite qu'au début. On fit le diagnostic exact et la malade fut opérée la même nuit.

Le sac contenait à peu près 2 onces de matière purulente. La rupture se voyait dans la portion ovarienne du sac de la grosseur d'une pièce de 5 francs environ.

L'abdomen lavé avec une solution salée, on établit un drainage et on referma la paroi. La malade recouvra bientôt la santé. L'examen microscopique montra un diplocoque intra-cellulaire ne prenant pas le Gram. On put obtenir une culture pure sur agar acétique, mais non sur agar ordinaire.

CONCLUSIONS

I. La rupture des pyosalpinx dans la grande cavité péritonéale ne se présente pas absolument comme une rareté clinique. Nous en avons réuni un certain nombre d'observations dont cinq proviennent de la clinique de M. le professeur Poncet.

II. Dans quelques cas ces collections se rompent sans cause appréciable, mais souvent elles paraissent être provoquées par un traumatisme ou un effort.

III. Les péritonites causées par ces ruptures, semblent présenter deux formes cliniques :

a) Une forme suraiguë mortelle en deux ou trois jours ;

b) Une forme aiguë qui évolue en cinq ou six jours ordinairement mortelle, mais qui est susceptible de guérir par une intervention.

IV. Le traitement préventif consistera dans le traitement médical (repos, glace sur le ventre) ou chirurgical (salpingectomie ou castration totale suivant les

cas). Le traitement curatif sera celui de toute péritonite généralisée et en particulier le drainage abdominal avec ou sans hystérectomie suivant l'état de la malade.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 14 novembre 1908.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

BERNUTZ, *Leçons cliniques*

ARAN, *Leçons cliniques*.

LAWSON TAIT, *Maladies des annexes*.

POZZI, *Traité de gynécologie*.

P. DELBET, *Traité des suppurations pelviennes chez la femme*.

PICHEVIN, *Semaine gynécologique*, 1907.

MARY, *Sur un cas de rupture de pyosalpinx pendant l'accouchement* (thèse de Paris, 1907-1908).

MANN, *American Journal of Obstetrics*, octobre 1907.

COTTE et CHALIER, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, août 1907.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — Introduction	9
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique	13
CHAPITRE III. — Mécanisme de la rupture	16
CHAPITRE IV. — Signes	22
CHAPITRE V. — Diagnostic.	28
CHAPITRE VI. — Pronostic. — Traitement	32
OBSERVATIONS	36
CONCLUSIONS	65
BIBLIOGRAPHIE	67

